

KLIPING (KELOMPOK IBU PENDAMPING GIZI) SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN STATUS GIZI BALITA MALNUTRISI DI KECAMATAN MANTRIJERON YOGYAKARTA

Titih Huriah*, Isnina Noor Sakinah**, Noorzanah**, Andinayanti Kunak**

*Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, ** Mahasiswa
Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

*Departemen Keperawatan Komunitas, Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY, Kampus Terpadu
UMY, Jl. Ringroad Selatan Tamantirto Kasihan Bantul Yogyakarta, Hp. 081392405406, e-mail :
titih_psikumy@yahoo.com

ABSTRACT

Basic Health Research in 2010 showed that the prevalence of malnutrition in Yogyakarta was 1.4%. WHO since 2007 has socialized a Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition programs to handled the malnutrition problem which one of activities was forming Self Help Group (SHG) in society. KLIPING is one of the SHG programs to give support each other and share experiences to mother who has same problem with malnourished children. This research is aimed to improve nutritient status of children under five with malnutrition by KLIPING program in Mantrijeron Sub District Yogyakarta.

Quasi-experimental with pretest-posttest control group design was carried out in this study. 25 children with malnutrition were selected using purposive sampling, 11 children for intervention group and 14 childrens for control group. The analysis conducted used statistic test of Paired t-test and Independent t-test.

The results showed there is increases of z score in the intervention group with p value 0.030, while there was no increase in the Z Score differences both of two groups before and after the KLIPING intervention. During 2 months intervention of KLIPING (Nutrition Supporting Group) there was significant increases of z score in intervention group.

Keywords : KLIPING, Self Help Group (SHG), Nutrition Status. Malnutrition

ABSTRAK

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 1,4 %. WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition* untuk menangani masalah malnutrisi yang salah satu kegiatannya adalah dengan membentuk *Self Help Group (SHG)* di masyarakat. KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) merupakan salah satu program *SHG* yang bertujuan untuk saling memberikan dukungan dan berbagi pengalaman pada ibu yang mempunyai masalah dan tujuan yang sama terkait balita malnutrisi. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan status gizi balita malnutrisi melalui program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 2 bulan di Kecamatan Mantrijeron Yogyakarta.

Metode penelitian ini adalah penelitian eksperimental dengan rancang *pre test* dan *post test control group design*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*, diperoleh sebanyak 25 orang jumlah sampel ibu dengan balita malnutrisi, 11 ibu sebagai kelompok intervensi dan 14 ibu sebagai kelompok kontrol. Analisa data menggunakan uji statistik *Paired t-test* dan *Independent t-test*.

Hasil penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan adanya peningkatan *Z Score* dengan *p value* 0,030, sedangkan perbandingan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh *p value* 0,114, maka tidak terdapat perbedaan peningkatan *Z Score* antara kedua kelompok sebelum dan sesudah diberikan intervensi KLIPING.

Program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 2 bulan dapat meningkatkan skor z balita malnutrisi pada kelompok intervensi.

Kata Kunci: KLIPING, Kelompok Swabantu, Status Gizi, Malnutrisi

PENDAHULUAN

Malnutrisi disebut sebagai “*invisible emergency*” karena kejadian malnutrisi seperti fenomena gunung es, merupakan ancaman yang mematikan namun sedikit yang terlihat¹. Malnutrisi adalah pembunuh utama pada anak usia balita². Setiap tahun malnutrisi menyumbangkan sekitar 40% dari 11 juta kematian anak balita di negara berkembang. Angka malnutrisi pada anak di dunia mencapai 115 juta anak³. Pengukuran antropometri menunjukkan seperempat balita di negara berkembang mengalami kurang nutrisi⁴.

Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang adalah 18,4% sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90% kontribusi masalah gizi dunia⁵. Pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang menurun menjadi 17,9%. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 1,4%. Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah : Kulonprogo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan Kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang⁶.

Berdasarkan data pemantauan status gizi balita (PSG) di Kota Yogyakarta tahun 2007 diketahui dari jumlah balita yang diukur yaitu sejumlah 19.424 anak ternyata ditemukan 214 anak (1,10%) gizi buruk, 1920 anak (9,88%) gizi kurang, dan 16.636 anak (85,65%) gizi baik serta 654 anak (3,37%) gizi lebih. Indikator yang digunakan pada pemantauan status gizi ini adalah berat badan menurut umur (BB/U)⁷. Data Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menyebutkan bahwa pada tahun 2011 dari 18 Puskesmas yang tersebar di Kota Yogyakarta, status gizi buruk dengan prevalensi tertinggi yakni terdapat di Puskesmas Mantriweron yaitu 2,83%.

Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik. Hasil penelitian

memperlihatkan bahwa semakin rendah tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi prevalensi balita gizi buruk dan prevalensi balita gizi kurang⁸. Penelitian Goudet *et al*⁹ memberikan kesimpulan bahwa akar permasalahan malnutrisi pada bayi adalah ketidaktepatan asuhan, lingkungan yang tidak mendukung, dan makanan yang tidak tepat atau tidak sesuai dengan fase tumbuh kembang.

Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat. Intervensi paket kegiatan untuk mengatasi masalah tersebut dilaksanakan melalui pelayanan berkelanjutan (*continuum care*) pada periode kesempatan emas kehidupan. Penanganan malnutrisi dapat ditangani di dua *setting* yaitu *residential care* (*hospital*) atau *non-residential care*. *Residential care* adalah tatalaksana anak gizi buruk rawat inap di Puskesmas Perawatan, Rumah Sakit dan Pusat Pemulihan Gizi (*Therapeutic Feeding Center*) sedangkan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan perawatan di *non-residential care* yaitu rawat jalan di Puskesmas, Poskesdes dan Pos pemulihan gizi berbasis masyarakat¹⁰.

WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*. Hal ini dilatarbelakangi oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa balita malnutrisi tanpa komplikasi sebenarnya dapat ditangani di masyarakat tanpa harus dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Salah satu penanganan masalah untuk meningkatkan status gizi pada balita malnutrisi yang ditawarkan adalah dengan terapi kelompok kepada orang tua yang memiliki balita malnutrisi. Terapi kelompok merupakan terapi yang dilakukan pada beberapa individu yang mempunyai masalah dan tujuan yang sama, tergabung dalam suatu kelompok dengan saling memberikan dukungan, dan berbagai pengalaman untuk membantu menyelesaikan masalah yang mereka alami¹¹. Diharapkan melalui terapi kelompok ini, dukungan untuk merubah perilaku maladaptif menjadi adaptif akan mudah diperoleh klien. Salah satu bentuk terapi kelompok adalah *Self Help Group*

(SHG) atau kelompok swabantu.

Self Help Group merupakan suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi, terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki masalah serupa untuk saling berbagi pengalaman dan cara mengatasi masalah yang dihadapinya. Anggota kelompok ini berpegangan pada pandangan bahwa orang-orang yang mengalami masalah dapat saling bantu membantu satu sama lain dengan empati yang lebih besar dan lebih membuka diri¹².

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk meningkatkan status gizi balita malnutrisi melalui program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) di Kecamatan Mantrijeron Yogyakarta.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif yaitu pemberian intervensi KLIPING pada ibu balita malnutrisi. Penelitian yang dilakukan merupakan studi intervensi dengan rancang *pre test-post test control group design*.

Subjek penelitian untuk kelompok intervensi adalah balita malnutrisi di Kelurahan Mantrijeron dan Suryodiningratan Kecamatan Mantrijeron Kota Yogyakarta. Kelompok kontrol adalah balita malnutrisi yang berada di Kelurahan Gedong Kiwo Kecamatan Mantrijeron Kota Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel adalah dengan *consecutive sampling* baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol dikarenakan jumlah kasus balita malnutrisi yang terbatas.

Populasi penelitian pada tahap pertama adalah semua ibu yang memiliki balita malnutrisi akut sedang dengan indeks BB/TB yang rendah, diantara -2 sampai dengan -3 SD dibawah nilai *mean*¹³ berusia 6-60 bulan. Berdasarkan data Agustus 2013 balita malnutrisi di Kecamatan Mantrijeron Kota Yogyakarta berjumlah 60 orang balita, tetapi dengan ketidakseediaan ibu untuk menjadi responden, total responden yang bersedia hanya 25 orang. Batasan usia balita adalah 6-60 bulan dengan pertimbangan pengelompokkan tata laksana malnutrisi dari WHO yang berdasarkan klasifikasi usia. Sampel akan dibagi dua

kelompok yaitu 11 orang ibu kelompok intervensi dan 14 orang ibu kelompok kontrol.

Variabel penelitian ini adalah intervensi KLIPING terhadap peningkatan status gizi balita malnutrisi. Intervensi KLIPING merupakan program pendampingan pada ibu yang mempunyai balita malnutrisi yang dilakukan selama 2 bulan pada balita malnutrisi yang berupa pertemuan berkala untuk mendiskusikan terkait topik kesehatan balita, status gizi, cara pengukuran status gizi, dan penanganan balita malnutrisi. Rasio berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB atau PB) menurut nilai *Z score*. Data diolah dengan menggunakan *WHO Anthro*. Peningkatan status gizi balita dilihat dengan mengukur berat badan dan tinggi badan saat *pre test* dan *post test*. Uji statistik yang dipakai pada analisis ini adalah *t test* dengan taraf kepercayaan 95%. Uji *t* digunakan untuk tujuan melihat perbedaan dua sampel bebas dengan jumlah besar dengan skala data rasio. Data diolah dengan menggunakan program stata 12.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.

Distribusi frekuensi karakteristik responden ibu tentang peningkatan status gizi balita berdasarkan usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
Usia				
<25 tahun	1	9,1	1	7,1
25-35 tahun	7	63,6	8	57,1
>35 tahun	3	27,3	5	35,7
Tingkat Pendidikan				
Tamat SD	0	0	0	0
Tamat SMP	3		6	42,9
	27,3			
Tamat SMA/SMK	7		6	42,9
	63,6			
Tamat Perguruan Tinggi	1	9,1	2	14,3
Pekerjaan				
Ibu Rumah Tangga	9		14	100
	81,8			
Swasta	0	0	0	0
Wiraswasta	2		0	0
	18,2			
Buruh	0	0	0	0

Penghasilan				
Orang Tua	3		5	
>1.065.000	27,3		35,7	
<1.065.000	8		9	
	72,7		64,3	
Jumlah	11	100	14	100

Sumber: Data Primer

Karakteristik usia responden yang paling banyak antara 25-35 tahun baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol yaitu masing-masing 7 orang (63,6%) dan 8 orang (57,1%). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Devi¹⁴ bahwa persentase status gizi kurang lebih tinggi daripada status gizi baik pada balita dari ibu yang kisaran usia kurang dari 19 tahun dan ibu dengan usia di atas 40 tahun.

Tingkat pendidikan responden mayoritas pada jenjang SMA/SMK yang berjumlah 7 orang (63,6%) pada kelompok intervensi, sedangkan jumlah yang sama pada jenjang SMP dan SMA/SMK yaitu 6 orang (42,9%) pada kelompok kontrol. Sen, Bharati, Som, Pal, & Bharati¹⁵ menyebutkan bahwa tingkat pendidikan merupakan satu-satunya variabel yang ditemukan yang dapat mempengaruhi gizi anak. Tingkat pendidikan ibu menjadi prioritas utama untuk mengurangi prevalensi gizi kurang dan terhentinya pertumbuhan pada anak. Penelitian Kristianto dan Sulistyarini¹⁶ menyebutkan bahwa tingkat pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi termasuk yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah baginya untuk menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang diperlukan. Dalam penelitian ini, pendidikan responden mayoritas adalah SMA/SMK dimana jenjang SMA/SMK dapat dikatakan sebagai pendidikan lanjut, sehingga tingkat pengetahuan responden juga meningkat sebanding dengan jenjang pendidikan yang telah ditempuh.

Karakteristik pekerjaan orang tua responden mayoritas adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) baik pada kelompok

intervensi maupun kelompok kontrol yaitu masing-masing 9 orang (81,8%) dan 14 orang (100%). Menurut penelitian Isnansyah¹⁷ menunjukkan bahwa adanya hubungan yang positif dan signifikan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita. Ibu yang tidak bekerja secara otomatis tidak akan mendapatkan penghasilan sehingga ada kemungkinan kurang mencukupi kebutuhan gizi balita sehari-hari, padahal asupan nutrisi yang dikonsumsi kemungkinan besar dapat mempengaruhi status gizi balita, sehingga butuh pengawasan dari keluarga agar dapat memberikan asupan makanan yang cukup dan bergizi.

Tabel 2.
Distribusi frekuensi karakteristik responden balita tentang peningkatan status gizi balita berdasarkan usia dan jenis kelamin

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
Usia				
0-12 bulan	0	0	0	0
13-36 bulan	9	75	12	85,7
37-60 bulan	3	25	2	14,3
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	6	50	7	50
Perempuan	6	50	7	50
Jumlah	12	100	14	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa usia balita yang paling banyak yaitu antara usia 13-36 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, masing-masing 9 orang (75%) dan 12 orang (85,7%). Berdasarkan jenis kelamin pada kelompok intervensi menunjukkan hasil yang sama pada laki-laki dan perempuan dengan jumlah masing-masing 6 orang (50%), sedangkan pada kelompok kontrol juga menunjukkan hasil yang sama pada laki-laki dan perempuan dengan jumlah masing-masing 7 orang (50%).

Jenis kelamin balita berpengaruh pada status gizi balita. Data karakteristik menunjukkan jumlah yang sama yaitu 13 balita laki-laki dan 13 balita perempuan dengan masing-masing 6 balita pada

kelompok intervensi dan 7 balita pada kelompok kontrol. Penelitian yang dilakukan oleh Magadi, 2011; Fotso, *et al*, 2012; Abuya, *et al*, 2012¹⁸ menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih cenderung mengalami malnutrisi daripada anak perempuan. Apabila dikaitkan dengan usia, karakteristik perkembangan usia *toddler* adalah tidak bisa diam, aktif dan penuh rasa ingin tahu. Permainan anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan dan membutuhkan energi yang lebih banyak. Apabila aktivitas ini tidak diimbangi dengan nutrisi yang cukup maka akan menjadi faktor resiko kejadian malnutrisi. Adisasmiti¹⁹ menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi lingkungan, pemberian ASI eksklusif, status gizi, serta perilaku dan pengetahuan ibu.

Analisis Univariat

Tabel 3.

Deskriptif Statistik skor-z BB/TB sebelum dilakukan KLIPING pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Skor-z BB/TB	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	n = 11	n = 14
Mean±SD	-1,04±1,27	-1,25±0,79
Min	-3,78	-2,75
Maks	0,62	0,07

Sumber: Data Primer

Tabel 3 menggambarkan deskriptif statistik nilai *Z Score* status gizi balita kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan KLIPING. Nilai rata-rata (*mean*) dan SD kelompok intervensi serta kelompok kontrol tidak jauh berbeda yaitu masing-masing -1,04 dan 1,27 pada kelompok intervensi, sedangkan -1,25 dan 0,79 pada kelompok kontrol.

Nilai *Z Score* status gizi balita setelah dilakukan KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi)

Tabel 4.
Deskriptif Statistik Skor-z Setelah dilakukan KLIPING Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Skor-z BB/TB	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	n=11	n=14
Mean±SD	-1,68±0,99	-1,34±0,91
Min	-3,33	-3,59
Maks	-0,28	-0,27

Sumber: Data Primer

Tabel 4 menggambarkan deskriptif statistik nilai *Z Score* status gizi balita kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan KLIPING. Nilai rata-rata (*mean*) dan SD pada kelompok intervensi serta kelompok kontrol tidak jauh berbeda yaitu masing-masing -1,68 dan 0,99 pada kelompok intervensi, serta -1,34 dan 0,91 pada kelompok kontrol.

Tabel di atas menunjukkan semua balita malnutrisi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol termasuk malnutrisi akut sedang. Malnutrisi akut sedang didefinisikan dengan indeks BB/TB yang rendah, diantara -2 sampai dengan -3 SD dibawah nilai *mean*.

Pada anak balita, malnutrisi dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu malnutrisi sedang (*moderate malnutrition*) dan malnutrisi berat (*severe malnutrition*). Malnutrisi sedang seringkali dinamakan malnutrisi akut sedang (*moderate acute malnutrition*), yaitu nilai *Z score* BB/TB diantara -2 sampai dengan -3 SD dibawah nilai *mean*. Malnutrisi akut berat (*severe acute malnutrition*) yaitu nilai *Z score* BB/TB adalah -3 SD dibawah nilai *mean* atau lingkaran lengan atas kurang dari 115 mm²⁰.

Pada penelitian ini, identifikasi balita malnutrisi (indeks BB/TB) dengan menggunakan pemeriksaan antropometri dengan mengukur tinggi badan dan berat badan. Hasil penelitian pada balita malnutrisi setelah dilakukan program *self help group* selama 2 bulan menunjukkan peningkatan berat badan kelompok

intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol.

Analisis Bivariat

Tabel 5.
Test Normalitas Variabel skor-z BB/TB
pada Kelompok Intervensi dan
Kelompok Kontrol

Skor-z BB/TB	Shapiro-Wilk	
	Statistic	df
Pre-Intervensi	,951	12
Post-Intervensi	,656	12
Pre-Control	,944	12
Post-Control	,553	12
	,973	12
	,937	12
	,922	12
	,307	12

Tabel 5 menunjukkan uji test normalitas *Shapiro-Wilk* didapatkan hasil $p > 0,005$ dapat dikatakan bahwa sebaran data normal, maka dilakukan uji hipotesis pengaruh KLIPING terhadap peningkatan status gizi balita malnutrisi dengan menggunakan analisis *Paired T-Test* untuk mengetahui pengaruh dari hasil sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi serta kelompok kontrol dan juga menggunakan analisis *Independent T-Test* untuk mengetahui pengaruh sebelum dan sesudah perlakuan pada kedua kelompok.

Analisis Paired T-Test

Tabel 6.
Hasil Uji *Paired T-Test* skor-z BB/TB
pada Kelompok Intervensi dan
Kelompok Kontrol balita malnutrisi di
Yogyakarta

Variabel	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	t	t
	p	p
Skor-z BB/TB	2,483	0,441
	0,030	0,667

Sumber: Data Primer

Tabel 6 menunjukkan hasil uji *Paired T-Test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol terhadap *Z Score* BB/TB balita malnutrisi di Yogyakarta. Berdasarkan data tabel dengan menggunakan SPSS 15, hasil uji analisis pada balita malnutrisi kelompok kontrol menunjukkan *p value* 0,667 artinya tidak ada pengaruh antara sebelum intervensi dan setelah intervensi. Hasil uji analisis pada kelompok intervensi menunjukkan *p value* 0,030 artinya terdapat peningkatan status gizi balita malnutrisi kelompok intervensi setelah diberikan intervensi KLIPING selama 2 bulan.

Hasil penelitian pada balita malnutrisi setelah dilakukan program KLIPING selama 2 bulan menunjukkan peningkatan berat badan kelompok intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol. Peningkatan status gizi balita pada kelompok intervensi ini dapat disebabkan karena tersedianya sumber koping berupa dukungan sosial dari kelompok ibu yang melakukan intervensi KLIPING. Ketersediaan dukungan sosial sebagai sumber koping dapat merubah keyakinan dan emosi terhadap stresor sehingga koping pun dapat menjadi lebih efektif²¹.

Sumber dukungan dapat diperoleh dalam bentuk formal dan informal. Dukungan sosial dalam bentuk formal didapat dari tenaga-tenaga profesional seperti psikolog atau dokter, sedangkan dari informal biasanya dari teman, tetangga, atau keluarga. Dukungan dalam bentuk informal ini bisa didapatkan dengan membentuk suatu kelompok. Menurut Townsend²² salah satu jenis kelompok yang dapat berfungsi sebagai sistem pendukung adalah *Self Help Group (SHG)*.

Dalam *Self Help Group* ini, orang tua dapat menceritakan masalah yang berkaitan dengan anaknya, kemudian orang tua sebagai anggota yang lainnya dapat memberikan ide-ide untuk membantu penyelesaian permasalahan dari anggota tersebut, dengan kata lain anggota lainnya dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi anggota yang membutuhkan. Dalam kelompok *self help group* ini, anggota kelompok tidak akan merasa sendiri dan mempunyai kesempatan

untuk mengamati koping dan penguasaan model peran dari anggota lain²³.

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektivitas *self help group* dapat dilihat dari tujuan yang diinginkan oleh peserta kelompok. Selain itu, keaktifan peserta juga sangat mempengaruhi keberhasilan *self help group*. Terbukti dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh program KLIPING terhadap peningkatan status gizi balita pada kelompok intervensi dengan alat bantu berupa buku panduan KLIPING.

Menurut pengamatan peneliti, keefektifan KLIPING pada kelompok intervensi dikarenakan pengetahuan responden semakin bertambah seiring berjalannya program tersebut, sedangkan bila dibandingkan dengan kelompok kontrol, responden tidak mendapatkan informasi tambahan terkait dengan peningkatan nutrisi balita.

Analisis Independent T-Test

Tabel 7.

Hasil Uji *Independent T-Test* skor-z BB/TB antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol pada balita malnutrisi di Yogyakarta

Variabel	Kelompok Intervensi dan Kontrol
	<i>t</i>
	<i>p value</i>
Skor-z BB/TB	-1,639 0,114

Sumber: Data Primer

Tabel 7 menunjukkan hasil Uji *Independent T-Test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terhadap *Z Score* BB/TB pada balita malnutrisi di Yogyakarta. Berdasarkan data tabel tersebut, uji *Independent T-Test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh *p value* 0,114 maka tidak terdapat perbedaan peningkatan nilai *Z Score* balita malnutrisi setelah diberikan intervensi KLIPING selama 2 bulan antara kedua kelompok. Tidak adanya perbandingan pengaruh antara kelompok intervensi dan

kelompok kontrol ini bisa karena beberapa faktor.

Menurut Gilden, 1992 dalam Sari, 2012²⁴ berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, peserta *self help group* memiliki pengetahuan yang lebih baik dan kualitas hidup yang baik serta tingkat depresi yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok non *self help group*. Pada kelompok *self help group* ini lebih efektif dilakukan selama 6 sesi pertemuan yang difokuskan pada keterampilan koping, diskusi kelompok, dan kegiatan sosial terstruktur. Tetapi dalam penelitian ini *self help group* hanya dilakukan selama 4 sesi pertemuan dalam 2 bulan karena keterbatasan waktu penelitian.

Selain terkait dengan waktu, *self help group* memiliki kualitas yang lebih positif karena kelompok ini berkaitan dengan hubungan sosial. Tercapainya tujuan yang diinginkan dalam *self help group* ditentukan dengan dinamika kelompok itu sendiri. Jika kelompok utama dalam *self help group* yaitu kekuatan hubungan interpersonal dari semua anggota kurang, maka tujuan kelompok tersebut tidak akan tercapai. Sebaliknya jika hubungan interpersonal dari masing-masing anggota erat, mereka saling memiliki dan saling mendukung, maka tujuan kelompok tersebut akan tercapai. Keberhasilan dari *self help group* ini dapat dilihat dari tercapainya tujuan yang diharapkan dari kelompok.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah status gizi balita malnutrisi pada kelompok intervensi diperoleh *p value* 0,030 maka terdapat peningkatan nilai *Z Score* pada balita malnutrisi setelah diberikan intervensi KLIPING selama 2 bulan, sedangkan status gizi balita malnutrisi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh hasil *p value* 0,114 maka tidak terdapat perbedaan peningkatan nilai *Z Score* balita malnutrisi sebelum dan setelah diberikan intervensi KLIPING selama 2 bulan.

Peningkatan kesadaran pada ibu dengan balita malnutrisi sangat diperlukan untuk memberikan nutrisi yang terbaik bagi balita dengan memodifikasi makanan atau

melakukan pola yang lebih kreatif agar pemenuhan nutrisi balita tetap terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

- UNICEF. (2011). *The Big Picture*. Diakses tanggal 5 Januari 2012, dari www.unicef.org/nutrition/index_bigpicture.html
- WHO. (2007). *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*, World Health Organization, ISBN 978 92 806 4147 9
- WHO. (2010). *Underweight and Stunting, in World Health Statistics 2010*, Geneva
- Svedberg, Peter. (2011). How many people are malnourished? *Annual Review of Nutrition*. 2011, 31:263-83.
- BAPPENAS/Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. (2011). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*.
- Dinkes Provinsi DIY. (2008). *Profil Kesehatan DIY Tahun 2008*, Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1995/MENKES/SK/XII/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*, Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi.
- Goudet, Sophie. *et al.* (2011). Pregnant women's and community health workers' perceptions of root causes of malnutrition among infants and young children in the slums of Dhaka, Bangladesh, *American Journal of Public Health*, Vol 101, No. 7. July 2011.
- Minarto. (2011). *Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat (RAPGM) Tahun 2010-2014*, Dirjen Bina Gizi, Ditjen Bina Gizi dan KIA.
- Stuart, G., & Laraia, M. (1998). *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing*.
- Keliat, Budi A, Utami, Tantri, W, Farida P, Akemat. (2008). *Modul Kelompok Swabantu (Self Help Group)*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Myatt, *et al.* (2006). A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol 27. No. 3 The United Nations University.
- Devi, Mazarina. (2010, September). Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. Diakses 27 Mei 2014, dari <http://journal.um.ac.id/index.php/teknologi-kejuruan/article/viewFile/3054/426>
- Sen, P., Bharati, S., Som, S., Pal, M., & Bharati, P. (2011). Growth and nutritional status of preschool children in India: a study of two recent time periods. *Food And Nutrition Bulletin*, 32(2), 84-93. Retrieved 26 Oktober 2013, from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e3e6b1aa-8a43-4d74-a50a-bda6c970398e%40sessionmgr111&vid=1&hid=121>
- Kristianto dan Sulistyarini. (2013). Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Dalam Pemberian Makanan Pendamping Asi Pada Bayi Umur 6 – 36 Bulan. *STIKES RS. Baptis Kediri*. Diakses tanggal 21 Mei 201 Jam 06.41
- Isnansyah, Y. (2006). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak bawah lima tahun di Desa Tinggarjaya Kecamatan Jatilawang Kabupaten Banyumas.KTI : Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto.
- Abuya, B.A., Ciera, J.M., & Kimani-Murage, E. (2012). Effect Of Mother's Education On Child's Nutritional Status In The Slums Of Nairobi. *Bmc Pediatrics*, 12:80
- Adisasmito. Wiku. (2007). *Faktor Risiko Diare Pada Bayi Dan Balita Di Indonesia: Systematic Review Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas

- Indonesia
- Collins & Yates. (2003). The need to update the classification of acute malnutrition, *The Lancet, Volume 362, Issue 9379, Page 249, 19 July 2003*
- Ririnisahawaitun. (2010). *Pengaruh Kelompok Swabantu (Self Help Group) Terhadap Tingkat Stress Orang Tua dengan Anak Retardasi Mental di SLB Negeri 3 Yogyakarta*. KTI : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Townsend, M.C. (2005). *Psychiatric Mental Health Nursing, Third Edition*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Wong, et., al. (2008). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Volume 1 edisi 6. (Agus sutarna, et al., Penerjemah). Jakarta: EGC
- Purwaningrum Sari, Wardani Yuniar. (2012). *Hubungan Antara Asupan Makanan dan Status Kesadaran Gizi Keluarga dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sewon I, Bantul*. KTI.Universitas Ahmad Dahlan